



Bureau pour la croissance économique, l'agriculture et le commerce (Division de l'agriculture et de la sécurité alimentaire)

Note de synthèse

(<http://www.aec.msu.edu/agecon/fs2/psynindx.htm>)



Numéro 62F

Septembre 2003

USAID/Mali et
USAID/Programme
régional d'Afrique de
l'Ouest



Amélioration des résultats nutritionnels grâce aux initiatives de santé communautaires

Par

Victoria Wise, Fatimata Ouattara, James Tefft,
Valerie Kelly et John Staatz en collaboration avec
l'équipe de recherche du LICNAG*



Accord de coopération pour la Sécurité Alimentaire II entre l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), le Bureau Global, le Centre de Croissance Economique et de Développement Agricole, le Bureau de l'Agriculture et de la Sécurité Alimentaire et le Département d'Économie Agricole de Michigan State University.

CONTEXTE : Le Ministre de la Santé au Mali a adopté en 1998 un plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) et instauré un programme opérationnel de 5 ans (PRODESS) visant à améliorer la disponibilité et la qualité des services de santé au Mali. Les réformes du secteur de la santé portaient sur le développement de la couverture sanitaire à travers l'établissement d'un réseau décentralisé de centres de santé communautaires (CSCOM) qui fournissent un paquet minimum d'activités (PMA) de services de santé essentiels aux populations vivant dans un rayon de 15 kilomètres autour du centre de santé. L'objectif spécifique du PRODESS était également de réduire de 30 % la malnutrition protéino-énergétique chez les enfants de moins de 5 ans.¹

Ces réformes ont été couronnées de succès dans plusieurs domaines. En 2001, 63 % de la population malienne vivait à moins de 15 kilomètres des centres de santé, ce qui constitue un accroissement substantiel de la couverture par rapport aux 17 % enregistrés en 1994. Les médicaments (sous forme générique) sont plus disponibles et plus abordables ;

les communautés sont habilitées à prendre part à la gestion des centres de santé communautaires ; la planification, ainsi que la gestion, du système sanitaire ont été décentralisées au niveau du cercle. La qualité de certains éléments du PMA et leur accès se sont améliorés notamment en ce qui concerne les services curatifs, d'immunisation et prénataux. La couverture vaccinale continue d'accroître pour les populations vivant dans un rayon de 15 kilomètres autour d'un CSCOM et certains CSCOM font état d'un taux de vaccination totale supérieur à 80 % pour les enfants ciblés dans leur zone. L'enquête démographique et sanitaire (EDS 2001) fait état d'un taux de vaccination totale de 29 % chez les enfants âgés de 12 à 23 mois. Dans l'ensemble du pays, le pourcentage de femmes qui vont à au moins une consultation prénatale a augmenté de 33 % en 1987 à 52 % en 2001 (*Ministère de la Santé* 2002 ; Banque mondiale 1999).

Les résultats ont été moins encourageants du côté de la nutrition infantile. Les taux de retard de croissance et d'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans demeurent élevés sans le moindre signe de régression malgré plus de 10 ans de réformes du secteur de la santé visant à accroître l'accès aux services de santé de base. En 1987, l'EDS a relevé des taux d'émaciation et de retard de croissance de l'ordre de 11 % et 24 % respectivement, chez les enfants âgés de 3 à 35 mois ; l'EDS de 2001 a observé 14 % d'émaciation et 35 % de retard de croissance pour la même

¹ Le PRODESS préconise les initiatives suivantes en vue d'atteindre ce but : l'éducation nutritionnelle en vue de promouvoir l'allaitement maternel exclusif jusqu'à la fin des 6 premiers mois ; l'introduction à temps opportun d'aliments complémentaires ; le renforcement des activités nutritionnelles dans le paquet minimum d'activités (PMA) grâce à l'amélioration de la surveillance de la croissance et des activités promotionnelles comprises dans la stratégie de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) ; la promotion d'aliments riches en protéines animales et végétales et en matières grasses ; et une scolarisation accrue des jeunes filles (*Ministère de la Santé* 1998).

tranche d'âge. Une enquête longitudinale sur les ménages ruraux, s'étalant sur 12 mois (de mai 2000 à avril 2001) et menée dans trois régions du Mali dans le cadre d'une étude sur les liens entre la nutrition infantile et la croissance de la productivité agricole (LICNAG) a également noté des taux élevés de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans vivant en milieu rural. Dans les régions couvertes par l'étude, la prévalence de l'émaciation pour cette tranche d'âge a été estimée à 12 % et celle du retard de croissance à 36 % (Tefft et Kelly 2002). Cette étude a relevé une variation considérable des taux de prévalence du retard de croissance à travers les cercles, oscillant entre 23 % dans la zone rizicole de Niono et 48 % dans la zone cotonnière de Kolondieba. Les différences étaient même plus prononcées dans les villages inclus dans l'étude, avec des taux fluctuant entre moins de 10 % dans certains villages et plus de 60 % dans d'autres. Les résultats de l'étude du LICNAG mettent en relief la mesure dans laquelle les facteurs non sanitaires (la pauvreté, le temps insuffisant que les personnes s'occupant des enfants accordent aux soins et à l'alimentation, le faible accès aux aliments complémentaires riches en éléments nutritifs) affectent directement les résultats nutritionnels ou déterminent la capacité des personnes chargées des soins à adopter les pratiques recommandées.

Alors qu'une baisse des taux de malnutrition nécessitera des actions qui croisent de nombreux secteurs, les réformes du secteur sanitaire ont créé un environnement favorable pour faciliter la mise en place de structures organisationnelles du niveau populaire au niveau national et pour aider à favoriser la mise au point d'initiatives multisectorielles, en lien avec la nutrition, pour faire face aux taux de malnutrition continuellement élevés chez les enfants. Au niveau local, ces conditions comprennent la décentralisation du système de santé, la participation et l'habilitation de la communauté dans la gestion des soins de santé et un accès géographique et financier progressivement accru aux services de santé primaire. Au niveau national, elles incluent la mise en place en 1999 de la Division du Suivi de la Situation Alimentaire et Nutritionnelle (DSSAN) au sein de la Cellule de Planification et de Statistique (CPS) du Ministère de la Santé et la Division Nutrition (DN), de la Direction Nationale de la Santé en 2001 en vue de concevoir et de mettre en œuvre les interventions nutritionnelles présentées dans le paquet minimum d'activités et offerts par les centres de santé communautaires. Le gouvernement doit intervenir dans ce cadre en vue de développer une stratégie nationale en matière de nutrition, qui démontre que

l'engagement politique multisectorielle peut réduire la malnutrition infantile.

OBJECTIFS ET MÉTHODES : La présente note de synthèse analyse les points de vue et les impressions des agents de santé maliens quant aux opportunités et aux contraintes liées à l'amélioration des résultats médicaux et nutritionnels des enfants âgés de 0 à 5 ans. Bien que les conclusions s'appuient essentiellement sur les entretiens menés avec les responsables du Ministère de la Santé et des entrevues avec d'autres professionnels de la santé maliens menés dans le cadre de l'étude sur les liens entre la malnutrition infantile et la croissance de la productivité agricole, l'analyse globale inclut des références aux résultats provenant d'autres enquêtes du LICNAG au niveau des ménages et des communes.

RÉSULTATS CLEFS : *La nutrition est un problème invisible.* Les entretiens avec les agents de santé des 24 centres de santé couvrant la zone d'enquête ont révélé que la plupart d'entre eux ne se rend pas compte de l'étendue et la gravité de l'émaciation et du retard de croissance dans leur zone. Sur plus des 50 agents de santé ayant été interrogés, seul un a mentionné la malnutrition comme un problème de santé majeur pour les enfants, malgré des taux élevés de retard de croissance et d'émaciation dans toutes les zones couvertes par ces centres de santé.

Dans tous les centres de santé visités, le paludisme et la diarrhée ont été signalés comme étant les problèmes de santé majeurs pour les enfants. Le personnel de santé a également signalé des cas courants d'infections respiratoires, de parasites et de toux. Les infirmiers/ières du cercle de Kolondieba situé dans la région de Sikasso ont également cité les difficultés de plus en plus nombreuses auxquelles ils/elles sont confronté(e)s dans la lutte contre les maladies associées au Sida.

Alors que tous les centres de santé visités fournissent périodiquement certaines interventions médicales essentielles pour la nutrition (soins maternels, vaccination, traitement des maladies), les entretiens avec le personnel des CSCOM ont révélé qu'aucun des CSCOM dans les zones d'enquête n'offrait pour le moment des services de prévention ou de promotion régulière et systématique, destinés en particulier à améliorer les résultats nutritionnels chez les enfants de moins de 5 ans. De tels services comprendraient la promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant les premiers 6 mois, l'alimentation complémentaire adéquate avec l'allaitement maternel continu jusqu'à 24 mois, la gestion adéquate de la nutrition durant et après une

maladie et la consommation appropriée de vitamine A, de fer et de sel iodé.² En outre, la promotion des mesures de prévention qui réduiraient l'exposition des enfants aux maladies potentiellement mortelles telles que le paludisme et la diarrhée qui ont souvent des conséquences plus graves pour les enfants mal nourris, était faible. Ni la promotion des moustiquaires par les centres de santé communautaires, ni l'organisation d'actions visant à améliorer l'hygiène et l'assainissement n'étaient très répandues. Aucun centre de santé communautaire n'avait stocké de moustiquaires imprégnées pour la vente ou la distribution.

Encadré 1. Impressions des CSCOM sur les causes de la malnutrition infantile

Entretiens avec le personnel des centres de santé, mai 2002
 « Les gens ne consomment pas ce qu'ils produisent. Beaucoup de denrées alimentaires sont produites mais elles sont vendues au lieu d'être préparées et consommées au foyer. Il existe une mentalité qui privilégie la vente. C'est un problème de comportement plutôt que de disponibilité de la nourriture. Les pères ne sont pas impliqués dans les soins et le développement des enfants. » (Kolondieba)

« Les gens ne savent pas comment utiliser les produits locaux. Les hommes ne veulent pas payer pour les médicaments. » (Bandiagara)

« Les gens mangent mal ici. Ils ne mangent que du mil, heureusement qu'ils mangent le grain complet et ne le polissent pas. Autrement, les gens ne mangent pas de viande dans cette zone. Ils mangent parfois du poisson mais ils pourraient par exemple manger des haricots et des arachides mais ne le font pas. » (Koro)

« Il manque un suivi des enfants. Il y a beaucoup de malnutrition. Les enfants qui meurent sont toujours mal nourris. Ils meurent même d'un léger cas de paludisme. » (Koro)

« Les femmes ne mangent pas assez lorsqu'elles allaitent. Pour qu'un enfant soit bien nourri, sa mère doit également être bien nourrie. » (Koutiala)

« La plupart des enfants mal nourris ont été sevrés brusquement à cause d'une nouvelle grossesse. Avec une nouvelle grossesse, l'enfant est envoyé vivre chez sa grand-mère qui ne sait pas comment nourrir l'enfant. » (Koutiala)

On pense que des pratiques alimentaires et des comportements en matière de soins inappropriés constituent les principales causes de la malnutrition. À la présentation des conclusions de l'étude du LICNAG au personnel de santé des

² Le paquet minimum d'activités du Ministère de la Santé comprend les services curatifs, préventifs et promotionnels liés à la santé, à la nutrition et à l'hygiène: le traitement et la prévention des maladies (antipaludéennes), la vaccination, les soins maternels, la bonne hygiène et l'utilisation de l'eau potable, la surveillance de la croissance de l'enfant, l'apport de micro nutriments supplémentaires (vitamine A, fer, iode) et l'appui à l'allaitement exclusif et sa promotion pendant les 6 premiers mois, l'introduction en temps opportun d'aliments complémentaires énergétiques et riches en éléments nutritifs, la consommation de sel iodé et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide.

CSCOM, le personnel de santé a fourni une liste de facteurs contribuant à la haute prévalence de l'émaciation et du retard de croissance dans leur zone (voir encadré 1). Les mauvaises pratiques alimentaires prodiguées aux enfants ont été mentionnées le plus fréquemment et attribuées aux régimes inadaptés des mères, au sevrage brusque, aux personnes responsables des soins autres que la mère, à la pauvre connaissance des aliments riches en éléments nutritifs et à leur difficulté d'accès, à une mauvaise hygiène et à l'eau non potable. D'autres facteurs notés étaient les maladies et les parasites et le manque de participation, de soutien ou d'engagement des pères dans la gestion quotidienne de la croissance et du développement de l'enfant (voir Wise et coll. 2002 pour des informations sur les conceptions des causes de la malnutrition infantile chez les personnes prenant soin des enfants et les membres de la famille).

Encadré 2. Impressions du personnel de santé sur la manière d'améliorer la nutrition infantile

Entretiens avec le personnel des centres de santé, mai 2002

Surveillance de la croissance de l'enfant

« Vous devez surveiller la croissance de l'enfant, en assurer le suivi et être en mesure de prévenir et de traiter les maladies. » (Bandiagara)

« Vous devez peser les enfants chaque mois et donner un petit cadeau (un encouragement) aux mères dont les enfants sont en bonne santé. Ainsi, elles suivront les recommandations. En fait, les femmes préparent des plats particuliers pour l'enfant pendant 1 ou 2 mois, mais après ça, elles disent qu'elles sont fatiguées de le faire et elles reprennent leurs vieilles habitudes. » (Bandiagara)

« Vous devez surveiller les enfants à domicile. Vous devez passer du temps avec les parents, observer ce que les enfants mangent et apprendre aux parents les pratiques alimentaires correctes. » (Koutiala)

« Vous avez besoin de plus de personnel. Dans le cercle, plusieurs des centres sont gérés par un(e) aide soignant et n'ont pas d'infirmiers/ières. Sans davantage de personnel, il y a peu d'espoir que vous puissiez surveiller la croissance ou mener des activités pédagogiques. En plus, l'équipe de santé au niveau du cercle n'est pas en mesure d'apporter l'appui technique nécessaire pour organiser ces activités à cause du manque de formation et de fonds. » (Macina)

Éducation sanitaire et nutritionnelle

« L'éducation sanitaire et nutritionnelle au niveau du village est cruciale pour améliorer la nutrition. » (Macina)

« L'IEC constitue l'activité prioritaire pour réduire la malnutrition. Vous avez besoin d'équipement pour les démonstrations et de financement pour l'assistance. Il vous faut également former le personnel. » (Macina)

« Vous devez mener des activités d'assistance et de pédagogie. Vous devez rendre visite aux foyers pour surveiller les enfants. Vous devez vous assurer que tous les enfants sont vaccinés et traiter leurs maladies. » (Koutiala)

On propose comme solutions l'éducation, la surveillance de la croissance et le traitement des maladies. La majorité des agents de santé estimaient que l'état nutritionnel des enfants pouvait être amélioré grâce à l'éducation sanitaire et nutritionnelle pour développer un comportement approprié en matière d'alimentation et de soins infantiles, de la surveillance régulière de la croissance de l'enfant et de l'accès accru aux micronutriments (voir encadré 2).

Le traitement des maladies, la vermifugation et l'alimentation complémentaire ont également été mentionnés. Le personnel de santé a souvent évoqué la nécessité de mobiliser les communautés pour prendre part à la conception, à la mise en œuvre et au contrôle des interventions nutritionnelles. Toutefois, la manière dont les communautés seront mobilisées pour entreprendre de telles interventions alors que le personnel même des CSCOM ne considère pas la malnutrition comme un problème majeur, n'est pas évidente.

La communication est cruciale pour améliorer la nutrition infantile. Selon les agents de santé, la mise en œuvre de programmes visant à développer des pratiques appropriées en ce qui concerne l'alimentation et le soin de l'enfant permettront d'améliorer l'état nutritionnel des enfants. Cependant, malgré l'importance accordée au changement de comportement au cours des entretiens, aucun des centres n'a mis au point ou collaboré avec d'autres organisations pour mettre en œuvre d'une stratégie de communication pour le changement de comportement basée sur une évaluation de la situation locale, des problèmes prioritaires et des ressources disponibles. Au mieux, les centres offraient de temps en temps des démonstrations culinaires intermittentes soutenues par des contributions de la communauté ou dans certains cas, financées de la poche des membres du personnel de santé eux-mêmes. Bien que certaines personnes interrogées aient noté le problème de la pauvreté qui empêche beaucoup de familles d'améliorer leur régime alimentaire et de solliciter des soins, d'autres ne semblaient pas tout à fait conscientes des contraintes liées à la pauvreté, qui empêchent les familles de prendre correctement soin des enfants en bas âge même lorsque les ménages admettent que ces soins sont nécessaires (voir Wise et coll. 2002).

Les opportunités pour fournir aux mères des informations et des conseils sur les pratiques nutritionnelles au cours de leurs visites aux centres de santé, soit pour les soins infantiles soit pour les soins maternels, n'étaient pas systématiquement exploitées. En fait, aucune infirmière ou sage-

femme interrogées ne disposait de matériel d'appui pour donner des conseils aux personnes responsables des soins des enfants sur les pratiques en matière de nutrition infantile. De plus, seulement un petit nombre des membres du personnel a signalé avoir suivi une formation en nutrition (dispensée par des organisations non gouvernementales, ONG).

La surveillance et la promotion de la croissance doivent s'accompagner d'initiatives de vulgarisation éducatives. L'éducation nutritionnelle ne peut pas avoir lieu indépendamment de la surveillance périodique de la croissance. Elle constitue un outil crucial pour évaluer la situation nutritionnelle des enfants et montrer aux personnes prenant soin des enfants, aux communautés et aux cercles si l'état nutritionnel de leurs enfants s'améliore ou non au fil du temps. Seuls cinq centres ont signalé surveiller la croissance infantile. Sur ces cinq centres, deux travaillaient avec des ONG au niveau des villages en mesurant la taille et le poids des enfants. Les trois autres centres utilisaient des courbes de croissance établissant le poids selon l'âge et surveillaient uniquement les enfants qui venaient au centre pour se faire vacciner. Lorsqu'on a demandé aux agents de santé des autres centres comment ils reconnaissaient un enfant mal nourri, la plupart d'entre eux ont répondu qu'ils s'appuyaient sur les signes cliniques (qui ne sont décelables que dans les cas de malnutrition grave).

La surveillance de la croissance est menée afin d'évaluer l'état nutritionnel, de corriger des problèmes éventuels et de promouvoir une croissance adéquate. Pour se faire, les parents, les communautés et le personnel de santé ont besoin d'être capables d'analyser les causes et d'identifier les démarches appropriées quand un problème se pose. Les centres de santé qui surveillaient la croissance de l'enfant ne disposaient d'aucune procédure systématique pour utiliser les données, communiquer avec les parents et les communautés, ou pour assurer le suivi des enfants malnouris. Les centres n'avaient pas la capacité de lier les résultats de la surveillance de la croissance individuelle aux discussions communautaires sur les initiatives nécessaires pour résoudre les problèmes sanitaires et nutritionnels.

L'importance des micronutriments est reconnue en théorie mais négligée en pratique. La plupart des agents de santé interrogés ont affirmé que les enfants bénéficieraient d'un supplément en multi-vitamines, et tous les agents de santé connaissaient les avantages médicaux de l'apport supplémentaire en vitamine A pour les enfants (quoiqu'il y ait eu des conceptions erronées concernant les doses

recommandées pour les enfants et les femmes). En dehors des campagnes de distribution intensive organisées sur l'étendue du pays lors des journées nationales de vaccination, l'apport supplémentaire en vitamine A aux jeunes enfants était très sporadique dans les zones d'enquête. Même si la plupart des agents de santé ont entendu parler du sel iodé, seuls deux d'entre eux étaient en mesure d'en confirmer la disponibilité au marché local, ce qui suggère une connaissance très limitée du programme national de lutte contre la carence en iode (qui promeut la consommation générale de sel iodé pour tous les Maliens) et une faible promotion de la consommation de sel iodé par le personnel de santé au niveau communautaire. D'un autre côté, le fer était systématiquement prescrit aux femmes enceintes lors des consultations prénatales.

Les agents de santé appellent à une participation communautaire plus active dans la planification et la mise en œuvre d'initiatives pour la nutrition. Les agents de santé ont estimé qu'une sensibilisation plus importante aux problèmes de malnutrition de la part des parents et des communautés était une première étape primordiale pour toute initiative entreprise en vue d'améliorer la situation (nous ajouterions qu'une connaissance accrue de la part des agents de santé est également nécessaire compte tenu qu'un seul prestataire interrogé a cité la malnutrition comme un problème de santé). Il existait un consensus général parmi les agents de santé selon lequel les parents ne reconnaissent pas les cas de malnutrition modérée et que même dans les cas de malnutrition grave, les parents étaient réticents à amener leurs enfants au centre de santé pour consultation. Plus de 90 % des membres du personnel de santé ont signalé qu'il était rare de voir un enfant gravement mal nourri au centre. Alors que les personnes responsables du soin des enfants peuvent ne pas reconnaître les problèmes de santé infantile comme provenant de la malnutrition, d'autres résultats de cette étude indiquent que plusieurs d'entre eux reconnaissent que les jeunes enfants ont besoin de soins mieux ciblés et d'une alimentation soignée mais que diverses contraintes socioéconomiques empêchent souvent les parents de les fournir (Wise et coll. 2002).

La majeure partie du personnel de santé a estimé que si l'état nutritionnel des enfants doit s'améliorer dans leur zone, il est nécessaire que les communautés se mobilisent et s'impliquent dans l'évaluation des causes de la malnutrition et la recherche de solutions. Ils ont jugé que les agents communautaires pourraient suivre une formation sur la surveillance de la croissance des enfants et l'évaluation de l'état nutritionnel et que ces agents

pourraient signaler les cas de malnutrition et orienter ceux qui sont mal nourris vers le centre de santé. Toutefois, certains agents ont fait état de quelques obstacles qui entravent la collaboration avec les communautés. La principale préoccupation concernait la capacité des centres de santé à mobiliser les communautés, à dispenser aux agents de santé communautaires la formation nécessaire et à superviser les activités au niveau communautaire. Certains membres du personnel de santé ont jugé qu'ils ne disposaient ni du temps ni des ressources pour élargir leurs activités étant donné qu'ils se battent déjà pour assurer les services courants. Une autre préoccupation concernait la manière de motiver les agents communautaires à continuer de mener leurs tâches puisque la plupart d'entre eux étaient bénévoles. Ceci constitue déjà un problème majeur pour de nombreuses associations de santé communautaire (ASACO) et toute activité communautaire supplémentaire nécessitera davantage de ressources. Les agents de santé ont également exprimé leur inquiétude quant au taux élevé d'analphabètes, surtout chez les femmes, et la pauvreté qui empêche beaucoup de familles d'améliorer leur régime alimentaire et de solliciter des soins médicaux.

Plus de 70 % des personnes interrogées ont affirmé que soit la présence d'une ONG soit un « projet » dans leur aire de santé serait nécessaire pour la mise en place des interventions nutritionnelles communautaires. Certains centres de santé ont eu des expériences positives en travaillant en collaboration avec une ONG ou un projet spécifique. Les ONG ont beaucoup d'expérience au niveau des communautés à travers le Mali et peuvent faciliter la communication et la collaboration entre les communautés et les centres de santé. Elles peuvent également dispenser des formations appropriées. Cet argument a été corroboré par les entretiens avec les responsables élus au niveau communautaire (voir Tefft et coll. 2003).

RECOMMANDATIONS POUR AVANCER : Les discussions avec le personnel de santé ont révélé que malgré les taux élevés de malnutrition dans leurs zones, les agents de santé ignorent l'ampleur du problème et offrent peu de services en vue d'améliorer la situation. Cela ne signifie pas que les agents de santé, les parents et les communautés ne veulent pas que leurs enfants soient bien nourris. Mais ce que cela suggère pourtant est que : (a) il y a une connaissance minimum des effets de la malnutrition sur la santé des enfants, leur croissance et leur développement; et/ou (b) même lorsque la malnutrition est reconnue

comme un problème, la capacité d'agir est restreinte par un manque de temps, d'argent, de soutien aux soins infantiles, d'accès aux aliments nutritifs au niveau individuel ou communautaire. Le manque de services offerts au centre de santé visant l'amélioration de l'état nutritionnel est aussi le résultat d'une insuffisance de la demande effective au niveau local parmi les familles et les communautés pour des services améliorés (voir Tefft et coll. 2003).

Pour que le Mali avance dans la lutte contre la malnutrition, une stratégie clef consistera à soutenir les initiatives au niveau communautaire en vue de développer la demande effective d'interventions nutritionnelles. Une demande effective représente un besoin ressenti, renforcé par les ressources nécessaires pour faire face à ce besoin. Si les centres de santé locaux doivent jouer un rôle fondamental dans la facilitation des initiatives pour une nutrition améliorée, une campagne à but éducatif destinée au personnel de santé au niveau des communautés et des cercles devrait constituer une étape préliminaire. La campagne devrait porter sur l'ampleur du problème de la malnutrition, les graves répercussions et les causes de la malnutrition et la manière d'identifier un enfant malnourri. Une possibilité serait d'organiser des sessions d'assistance au niveau des cercles à l'intention du personnel de santé (et des agents d'autres services techniques essentiels), s'articulant autour des conclusions spécifiques de l'étude du LICNAG.

Les mêmes informations devraient être transmises aux communautés, aux ONG et aux autres secteurs techniques. La prise de conscience des graves répercussions d'une alimentation inadéquate a sur le bien-être de l'enfant ainsi que sur le développement économique incitera les individus et les communautés à rechercher les moyens de faire face aux problèmes nutritionnels auxquels ils sont confrontés. L'utilisation de la méthode du « cycle des trois A³ » mise au point par l'UNICEF et consistant en l'évaluation, l'analyse et l'initiative avec les communautés, permettra de susciter la prise de conscience par le personnel de santé des nombreuses contraintes qui empêchent les parents de choisir les meilleures actions en matière de nutrition infantile. L'étude du LICNAG a relevé qu'en raison d'un éventail de facteurs, les parents n'étaient pas en mesure de suivre les pratiques alimentaires désirées même lorsqu'ils le souhaitaient. Par exemple, les contraintes économiques demandaient que les femmes reprennent les travaux agricoles juste après

l'accouchement et les empêchaient souvent d'allaiter à la demande du nourrisson lorsqu'elles travaillaient dans les champs (Wise et coll. 2002).

Une seconde initiative pourrait consister à réunir le personnel de santé et les autres partenaires avec les autorités locales et les communautés en vue d'évaluer les problèmes nutritionnels identifiés par l'étude du LICNAG, d'analyser les causes et d'identifier les mesures qui pourraient être prises au niveau local afin d'améliorer la situation (par exemple l'appui de la communauté aux mères après l'accouchement, de nouvelles façons d'organiser les services de garde d'enfants, la surveillance de la croissance de l'enfant) (voir Tefft et coll. 2003). Avec la participation de la population, des indicateurs précis devraient être identifiés en vue d'évaluer le processus et l'impact de toute mesure prise. Un tel système de suivi au niveau communautaire fournira également des informations relatives aux mesures efficaces et inefficaces, au processus mis en place et aux ressources nécessaires. Ces leçons doivent être documentées, centralisées, disséminées et discutées (les efforts de la DSSAN/CPS en vue de développer une cellule de suivi et d'évaluation, le SISINAS, doivent être accélérées). Ceci aidera les intervenants à mieux identifier les conditions requises pour la réussite du programme de nutrition, faciliter la participation des partenaires et accélérer l'étendue de telles activités.

Si les centres de santé doivent jouer le premier rôle en catalysant des initiatives pour améliorer la nutrition avec les communautés, le personnel de santé devra suivre une formation non seulement en nutrition, mais également dans les domaines du renforcement de capacités locales, de la planification participative, de la mobilisation sociale et des communications interpersonnelles ciblées. En plus des compétences pour évaluer l'état nutritionnel, analyser les causes et identifier les initiatives adéquates, les agents de santé devraient également être capables de dispenser une formation continue et d'apporter un soutien aux agents communautaires sur la façon de recueillir, d'organiser et d'utiliser les informations et d'être en mesure de résoudre les problèmes spécifiques qui dépassent les compétences de l'agent communautaire. Compte tenu du large éventail de compétences et de tâches médicales déjà attribuées au personnel existant des CSCOM, l'ajout de ces nouvelles compétences et tâches en matière de nutrition sans une augmentation de l'effectif du personnel ou un certain type de partage multisectoriel des responsabilités au niveau local, apparaît comme une recommandation peu réaliste. La stratégie relative à l'obtention de ces compétences et à l'accomplissement de ces tâches

³ Ndt : en anglais « Triple A » pour « assessment = évaluation », « analysis = analyse » et « action = initiative ».

dépendra des types de ressources humaines et financières pouvant être mobilisées au niveau local. Dans certains cas, il peut être possible pour les CSCOM de fournir la plupart de ces services et compétences, mais dans d'autres cas on peut avoir besoin d'autres agents ou organisations (par exemple les programmes d'alphabétisation, les associations paysannes, l'Institut d'Économie Rurale, l'Institut National de la Recherche en Santé Publique), pour apporter des contributions importantes au financement, à la mise en œuvre ou au suivi et à l'évaluation des besoins d'un programme nutritionnel (voir Tefft et coll. 2003 pour un exposé plus détaillé à ce sujet).

La sensibilisation au niveau local par le canal des activités d'assistance proposées ci-dessus et la génération d'une demande de services nutritionnels permettront également de mobiliser les ressources nécessaires pour de nouveaux programmes. Dans l'actuel système de financement du secteur sanitaire, les coûts des services de santé sont répartis entre le gouvernement, les partenaires au développement, les autorités locales et les mécanismes de financement communautaires. Les interventions nutritionnelles ont représenté, dans la rubrique du budget, moins de 0,2 % du budget du Ministère de la Santé pour l'exercice 2003.⁴

Compte tenu de l'allocation très faible réservée à la nutrition dans le budget, il semblerait que son financement pourrait s'accroître si la sensibilisation au niveau national était assez forte. Il serait important pour les équipes de santé du cercle, quand elles travaillent avec les CSCOM, les communautés et les partenaires au développement pour concevoir et mettre en œuvre des initiatives pilotes en matière de nutrition, d'établir le coût unitaire de chaque intervention et sa rentabilité. L'enjeu consistera à concevoir des mécanismes de financement efficaces et durables pour les interventions nutritionnelles compte tenu des fortes demandes auxquelles la communauté est déjà confrontée pour dégager les salaires, les coûts de fonctionnement et d'entretien et les activités en stratégies avancées. Une collaboration plus étroite entre le secteur de la santé et les communes pourrait fournir des opportunités pour l'utilisation des revenus gérés au plan local (les communes et les associations villageoises) en vue de financer les interventions nutritionnelles. En même temps, il doit y avoir une prise de conscience multisectorielle du problème, y compris une priorité

de stimuler une croissance économique accrue (à priori par le biais de l'agriculture) pour permettre de financer les efforts aussi bien aux niveaux individuels que communautaires.

Il est nécessaire de coordonner les tentatives à tous les niveaux et parmi tous les secteurs en vue de formuler des recommandations sur les politiques et programmes spécifiques qui appuieront les processus entamés par la communauté pour améliorer la nutrition. Une telle approche servira à réunir les compétences analytiques et les ressources financières des divers ministères et départements qui ont un intérêt particulier dans l'amélioration de l'état nutritionnel de l'ensemble des Maliens. Compte tenu de l'ampleur et de l'urgence des problèmes nutritionnels au Mali, il sera important que les institutions créées dans le but de promouvoir une démarche multisectorielle bénéficient du statut politique nécessaire pour obtenir la coopération d'un large éventail d'acteurs étatiques et privés tout en évitant les obstacles potentiels des rivalités politiques qui pourraient survenir, notamment entre les ministères.

L'engagement politique sous forme de nouvelles politiques et d'appui à la nutrition nécessitera qu'une prise de conscience réelle du problème nutritionnel ait lieu non seulement au niveau communautaire mais également au niveau régional et national. L'engagement politique doit être lié à l'existence d'une vision adéquate de la profondeur et de l'ampleur du problème, une stratégie cohérente à l'égard de l'élaboration du programme de nutrition et à une bonne coordination des apports et des ressources disponibles, compte tenu des causes multidimensionnelles du problème nutritionnel au Mali. Les sessions de sensibilisation pour créer ces conditions au niveau national devraient s'appuyer sur les résultats des processus initiés aux niveaux communautaire et du cercle.

CONCLUSIONS : Avec les autres enquêtes nationales, l'enquête du LICNAG révèle que la malnutrition chez les enfants constitue un problème de santé majeur qui montre peu de signes d'amélioration sans un effort d'engagement de la part du gouvernement. Les entretiens avec les agents de santé mettent en relief la mesure dans laquelle la malnutrition passe inaperçue dans les communautés, aux yeux des personnes responsables des soins de l'enfant et même du personnel de santé et la manière dont un manque d'information sur l'état nutritionnel des enfants décourage la création des conditions nécessaires à son amélioration. Une meilleure sensibilisation au problème nutritionnel au niveau local, y compris l'impact sur la survie, la

⁴ Ces interventions portaient sur des programmes relatifs au sel iodé, à la vitamine A, au développement des produits locaux et aux projets pilotes pour le suivi nutritionnel à Ségou, sur l'allaitement maternel exclusif à Mopti, sur les banques céréalières à Gao et sur un autre programme affilié au Ministère du Développement Social.

croissance et le développement de l'enfant ainsi que les causes multidimensionnelles de la malnutrition, créeront une demande efficace d'interventions nutritionnelles. La participation intégrale des communautés à l'évaluation du problème, l'analyse des causes et le choix des initiatives est essentielle pour la réussite des interventions. Les initiatives pilotes locales doivent faire l'objet d'un suivi grâce à des indicateurs de processus et d'impact, et les résultats doivent être documentés pour que des leçons puissent en être tirées et les initiatives graduellement étendues. L'appui financier aux initiatives locales sera très probablement composé d'un financement des donateurs externes conjugués à des revenus gérés au plan local, générés par les associations de communes et de villages. Un effort partagé entre les secteurs en vue d'éliminer les diverses causes sous-jacentes de la malnutrition nécessiterait une bonne perception du problème et une stratégie cohérente à l'égard de l'élaboration du programme à tous les niveaux.

REFERENCES :

Ministère de la Santé, des Personnes Âgées et de la Solidarité. 1998. Programme de développement sanitaire et social (PRODESS) 1998-2002.

Ministère de la Santé. Direction Nationale de la Santé. 2002. Rapport annuel 2001 de la Direction Nationale de la Santé. Préparé pour la réunion du comité de suivi du PRODESS en février 2002.

Tefft, J., D. Keita, V. Wise, V. Kelly, and J. Staatz in collaboration with the LICNAG research team. 2003. *Mali's Rural Communes: A Potential Catalyst for Improving Child Nutrition?* MSU Policy Synthesis No. 63. East Lansing: Michigan State University.

Tefft, J. and V. Kelly in collaboration with the LICNAG research team. 2002 *Understanding and Reducing Child Malnutrition in Mali: Interim Research Findings for the Project on Linkages between Child Nutrition and Agricultural Growth (LICNAG)*. MSU Policy Synthesis No. 60. East Lansing: Michigan State University.

Wise, V., J. Tefft, V. Kelly and J. Staatz in collaboration with the LICNAG 2002 research team. *Knowledge, Attitudes and Practices on Child Feeding and Care: Preliminary Insights from the project on Linkages between Child Nutrition and Agricultural Growth*. MSU Policy Synthesis No. 61. East Lansing: Michigan State University.

World Bank. 1999. *Health Care in Mali, Building on Community Involvement*. Précis. World Bank Operations Evaluation Department. Spring, 1999, number 188. Washington, D.C.: World Bank.

*Equipe de recherche: Modibo Diarra (DSSAN/CPS/MH), Fatimata Ouattara (INRSP), Aissata Diani (IER), Guediouma Tangara (DNSI); Mbaye Yade et Daouda Keita (MSU/INSAH); Valerie Kelly, John Staatz et James Tefft (MSU); Chris Penders (University of Michigan); et Victoria Wise (Consultante). Les points de vue exprimés dans le présent document sont exclusivement ceux des auteurs.

Les travaux de cette synthèse ont été menés aux termes de l'accord de coopération n° 3 sur la sécurité alimentaire entre USAID (l'agence des Etats-Unis pour le développement international) et Michigan State University par le biais du Bureau pour la croissance économique, l'agriculture et le commerce (Division de l'agriculture et de la sécurité alimentaire). L'agence de l'USAID/Mali a également fourni à cet accord de coopération un financement supplémentaire pour la présente recherche.